

Sygn. akt VII U 125/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 marca 2016 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Marcin Winczewski
Protokolant:	sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 22 marca 2016 r. w Bydgoszczy

sprawy A. T.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o świadczenie rehabilitacyjne

na skutek odwołania A. T.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 29 grudnia 2014 r. nr (...) - (...)

- zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych sześciu miesięcy, po wyczerpaniu uprzednio przyznanego świadczenia;
- zasądza od pozwanego organu na rzecz ubezpieczonej kwotę 180,00 (sto osiemdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 125/15

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 29 grudnia 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił A. T. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, albowiem komisja lekarska w dniu 18 grudnia 2014 r. orzekła, że stan jej zdrowia nie uzasadnia przyznania prawa do świadczenia.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła A. T., domagając się przyznania prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. W uzasadnieniu wskazała, że w jej ocenie częściowa niezdolność do pracy nie wyklucza przyznania świadczenia, które właśnie pozwoliłoby na wyleczenie się i podjęcie zatrudnienia. Uwzględniając jej dotychczasowy staż pracy nie przysługiwałoby jej natomiast prawo do renty.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, wskazując że komisja lekarska organu uznała ubezpieczoną za częściowo niezdolną do pracy do dnia 31 grudnia 2015 r.

W toku procesu strony podtrzymały swe dotychczasowe stanowisko, przy czym profesjonalny pełnomocnik ubezpieczonej wniósł o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w wysokości sześciokrotności stawki minimalnej (k. 90).

Sąd ustalił, co następuje:

A. T. korzystała z zasiłku chorobowego w okresie 182 dni, do dnia 31 maja 2014 r., a następnie przyznano jej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego w okresie 6 miesięcy, tj. od 1 czerwca do 27 listopada 2014 r.

(okoliczności bezsporne)

W związku z wnioskiem ubezpieczonej o dalszy okres świadczenia rehabilitacyjnego, lekarz orzecznik w dniu 27 listopada 2014 r. stwierdził, że istnieją okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, licząc od daty wyczerpania uprawnień do świadczenia. Komisja lekarska ZUS w dniu 18 grudnia 2014 r. uznała natomiast, iż brak jest okoliczności uzasadniających ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego albowiem wnioskodawczyni jest częściowo niezdolna do pracy do dnia 31 grudnia 2015 r. Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. odmówił A. T. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

(okoliczności bezsporne; ponadto dowód: wniosek o świadczenie – akta ZUS; orzeczenia lekarza i komisji lekarskiej ZUS – k. 26, 28 akt ZUS; decyzja z dnia 29 grudnia 2014 r. – k. 29 akt ZUS)

U ubezpieczonej występują: nowotwór złośliwy piersi prawej; stan po operacji – kwadratektomii piersi prawej w dniu 25 września 2013 r., z następową teleradioterapią, brachyterapią i hormonoterapią (...); nadciśnienie tętnicze; okresowy zespół bólowy kręgosłupa szyjnego i L-S; stan po cholecystektomii.

Biorąc pod uwagę obraz kliniczny zaburzeń, nasilenie i częstość objawów, dotychczasowy przebieg choroby, obecny stan zdrowia, to w wyniku systematycznego leczenia osiągnięto pewną poprawę funkcjonowania. Po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym w dniu 25 września 2013 r. nie stwierdzono cech wznowy lub rozsiewu choroby, ani obrzęków. Ubezpieczona znajduje się pod kontrolą Poradni Onkologicznej w Centrum Onkologii w B. (wizyty co 6 miesięcy) i wykonuje zalecane badania diagnostyczne. Wszystkie występujące czynniki u ubezpieczonej są tzw. „dobrymi czynnikami rokowniczymi.” Zagrożenie rozsiewem choroby nowotworowej jest małe. Nie wymaga dużego reżimu onkologicznego. Wymaga natomiast oszczędnego trybu życia przez okres kolejnych 6 miesięcy, w tym ograniczeń związanych z przeciążeniem pracą prawej kończyny górnej, dźwigania prawą ręką powyżej 5 kilogramów, pracy w wymuszonej pozycji i zmiennych warunkach atmosferycznych. Po tym okresie zalecenia te nie będą miały już tak dużego znaczenia, a ubezpieczona rokowała powrót do zdolności do wykonywanej pracy.

A. T. na dzień 27 listopada 2014 r., a więc po wykorzystaniu przyznanego uprzednio 6-miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego, była nadal niezdolna do pracy, a dalsza rehabilitacja lecznicza rokowała odzyskanie zdolności do pracy w okresie kolejnych 6 miesięcy od tej daty. Także badający wnioskodawczynię w dniu 27 listopada 2014 r. lekarz orzecznik ZUS stwierdził dalszą 6-miesięczną niezdolność do pracy z rokowaniami odzyskania zdolności do pracy w takim okresie.

(dowód: opinia zespołu biegłych sądowych z dnia 24 września 2015 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym – k. 46-47; opinia biegłego sądowego onkologa M. P. z dnia 20 stycznia 2016 r. – k. 69-70; dokumentacja lekarska – akta ZUS)

Ubezpieczona ma 57 lat, posiada wykształcenie zawodowe, jako zdobnik szkła i kryształów. Ostatnio była zatrudniona u P. P. prowadzącego działalność gospodarczą pod nazwą PW (...) P. P., w okresie do 31 grudnia 2013 r. na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy, na stanowisku sprzątaczk.

(okoliczności bezsporne; ponadto świadectwo pracy z dnia 25 kwietnia 2014 r. – k. 6 akt ZUS; przesłuchanie ubezpieczonej – k. 38-39)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie opinii zespołu biegłych sądowych z dnia 24 września 2015 r. wraz z wywiadem i badaniem przedmiotowym i opinii biegłego sądowego onkologa M. P. z dnia 20 stycznia 2016 r..

Należy zaznaczyć, iż jak słusznie podkreśla się w najnowszym orzecznictwie, sąd ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku prowadzenia postępowania dowodowego z urzędu, a odrębny charakter postępowania nie wyłącza zasady kontrydiktoryjności w tych sprawach, w tym ciężaru dowodzenia swych twierdzeń przez ubezpieczonego i pozwanego organ (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2008 r., I UK 193/07, Lex nr 447681; z dnia 8 lipca 2008 r., II UK 344/07, Lex nr 497701; z dnia 11 lutego 2011 r., II UK 269/10, Lex nr 794791 i z dnia 9 sierpnia 2011 r., I UK 52/11, Lex nr 1084706).

Wymaga podkreślenia, że w rozpoznawanej sprawie strony nie prowadziły sporu, co do faktu, że ubezpieczona była po dniu 27 listopada 2014 r. dalej niezdolna do pracy, a rozstrzygnięcia wymagało ustalenie, czy dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy w okresie kolejnych 6 miesięcy – w tym celu dopuszczono dowody z opinii biegłych sądowych.

Dowód z opinii biegłych, jak podkreśla się w orzecznictwie, podlega ocenie Sądu przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64; uzasadnienie wyroku SN z dnia 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00, Lex nr 77046). Biorąc pod uwagę przedstawione kryteria należy stwierdzić, że przeprowadzone dowody: z opinii zespołu biegłych sądowych z dnia 24 września 2015 r. i opinii biegłego sądowego onkologa M. P. są w pełni przydatne dla ustalenia stanu faktycznego sprawy. Biegli wydali swe opinie po gruntownej analizie akt sprawy, uwzględniając całą dostępną dokumentację lekarską i wywiad z ubezpieczoną, a przede wszystkim zespół biegłych dokonał badania podmiotowego. Wnioski poszczególnych opinii omówiono szeroko, sformułowane zostały one w sposób jasny i precyzyjny, a końcowe stanowiska zostały szczegółowo, przekonująco i logicznie uzasadnione. Przedstawione konkluzje są kategoryczne, a ich uzasadnienie przedstawione zostało w sposób przystępny i zrozumiały. Biegli są doświadczonymi specjalistami z dziedzin medycyny, które odpowiadały schorzeniom ubezpieczonej, a poziom ich wiedzy i sposób umotywowania orzeczeń powoduje, iż Sąd uznaje przeprowadzone w sprawie opinie za w pełni trafne.

Wskazać należy, iż pozwany organ kwestionował zasadność i trafność opinii zespołu biegłych sądowych z dnia 24 września 2015 r. i opinii biegłego sądowego onkologa M. P. (k. 57, 80). W kontekście tych zarzutów należy stwierdzić, iż zastrzeżenia nie dotyczyły konieczności wyjaśnienia kwestii medycznych, co do których biegli nie zajęliby przekonującego stanowiska (por. wyrok SN z dnia 8 maja 2008 r., I UK 356/07, OSNP 2009/17-18/238). Należy także podnieść, iż stosownie do art. 286 k.p.c. Sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Tak w piśmiennictwie jak i w judykaturze wskazuje się, że nie ma dowolności w powoływaniu kolejnych biegłych, a u podstaw takiej decyzji leżeć powinny racjonalne argumenty takie np. jak niejasność, niepełność czy sprzeczności występujące w opiniach (por. np. T. Ereciński [w:] Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego, tom I, Warszawa 2002, str. 567-568; czy wyroki SN z dnia 24 czerwca 2008 r., I UK 373/07, Lex nr 496398; z dnia 1 września 2009

r., I PK 83/09, Lex nr 550988; z dnia 16 września 2009 r., I UK 102/09, Lex nr 537027). Należy przyjąć, że wykazywanie okoliczności uzasadniających powołanie opinii uzupełniającej, czy kolejnego biegłego pozostaje w gestii strony. To właśnie strona winna wykazać się niezbędną aktywnością i wykazać błędy, sprzeczności lub inne wady w opiniach biegłych, które dyskwalifikują istniejące opinie, ewentualnie uzasadniają powołanie opinii dodatkowych. Takich okoliczności organ w toku postępowania nie przedstawił, poprzestając na negowaniu opinii biegłych, z powołaniem się na własną, odmienną interpretację stanu zdrowia ubezpieczonej, co jednakże uznać należy za niewystarczające dla ich skutecznego podważenia. Należy bowiem zauważyć, że fakt, iż lekarze ZUS w sposób odmienny oceniają fakty medyczne w sprawie nie stanowi konkretnego zarzutu do opinii biegłych, a jedynie polemikę, która jednakże nie może uznać za uzasadnioną już z tej przyczyny, iż to właśnie biegli sądowi posiadają odpowiednią wiedzę, doświadczenie do właściwego rozstrzygnięcia zagadnień medycznych, a przede wszystkim są oni osobami bezstronnymi, niezwiązanymi z którąkolwiek ze stron. Zarzuty pozwanego organu wskazują jednoznacznie, iż nie rozumie on w najmniejszym stopniu instytucji dowodu z opinii biegłego sądowego. Fakt, że komisja lekarska ZUS orzekła, iż stan zdrowia wnioskodawcy nie uzasadnia przyznania świadczenia rehabilitacyjnego (i to przecież całkowicie odmiennie od lekarza orzecznika!), stanowi wyłącznie stanowisko pozwanego, takie samo jak umotywowane stanowisko skarżącego decyzję, poparte zaświadczeniem lekarskim lekarza leczącego o niezdolności do pracy (z którego wynika konieczność rehabilitacji i możliwość powrotu do zdrowia). Dopiero biegły lekarz sądowy w sposób obiektywny i właściwy jest w stanie ocenić oba te stanowiska w kwestiach medycznych. Kwestionowanie więc opinii z uzasadnieniem, że strona ma inne zdanie w tym aspekcie jest nieporozumieniem, albowiem jest to w zasadzie zarzut sprowadzający się do stwierdzenia, że ZUS nie zgadza się z opinią, gdyż ma inne stanowisko w sprawie. Nie jest to jednak zarzut dotyczący kwestii medycznych (a tylko takie miałyby jakiegokolwiek znaczenie), a de facto podtrzymanie dotychczasowego stanowiska. Wbrew przy tym argumentom pozwanego, biegli wzięli pod uwagę stanowiska obu stron, w pełni badając dokumentację medyczną i dopiero to doprowadziło ich do przedstawionych wniosków. Istotnym w tym kontekście pozostaje, że to zespół biegłych sądowych powołany w sprawie miał bezpośrednią styczność z odwołującą i dokonał jej badania. Nie może spotkać się z akceptacją Sądu notoryczne i w żaden sposób nieuzasadnione kwestionowanie opinii biegłych sądowych wyłącznie z tej przyczyny, że jest ono odmienne od stanowiska lekarzy zatrudnionych w organie (przy czym w przeważającej mierze orzecznicy nie posiadają odpowiedniej wiedzy medycznej przy badaniu konkretnego przypadku, będąc specjalistami przypadkowych dziedzin, nieodpowiadających zgłaszanym przez ubezpieczonych schorzeniom), prowadzi to bowiem wyłącznie do nieuzasadnionego mnożenia kosztów sądowych.

Należy zauważyć, iż w toku procesu przeprowadzony został także dowód z opinii biegłego sądowego E. Z. (k. 21-23), który jednakże nie stanowił podstawy do ustaleń faktycznych poczynionych w sprawie. Jak trafnie zauważyli bowiem w swych późniejszych opiniach: zespół biegłych sądowych i biegły sądowy M. P., dla prawidłowego ustalenia ewentualnej możliwości powrotu ubezpieczonej do zdolności do pracy w okresie dalszych 6 miesięcy świadczenia rehabilitacyjnego, duże znaczenie miało bezpośrednio badanie A. T., przeprowadzone dopiero właśnie przez zespół biegłych sądowych w dniu 24 września 2015 r. Dopiero takie podmiotowe badanie mogło dać właściwą odpowiedź co do ewentualnej zdolności do pracy ubezpieczonej po maksymalnym okresie świadczenia rehabilitacyjnego (bezsponą pomiędzy stronami była przecież przy tym sama dalsza niezdolność ubezpieczonej do pracy po dniu 27 listopada 2014 r.). Sama onkolog E. Z. (sporządzająca opinię na podstawie wyłącznie akt sprawy) wskazała przy tym, iż ubezpieczona pozostawała już wyłącznie pod rutynową kontrolą Poradni Onkologicznej, stawiając się na wizyty co pół roku i mając wykonywane jedynie rutynowe badania, przy czym nie doszło ani do wznowy, ani też do rozsiewu choroby nowotworowej, a wymagała ona oszczędnego trybu życia po przeprowadzonej operacji. W ocenie Sądu jednakże, na co trafnie wskazywali kolejni powołani w sprawie biegli sądowi, łącznie ponad roczny okres (wraz przecież z okresem zasiłkowym) ochrony ubezpieczonej od pracy był wystarczający dla postawienia pozytywnych rokowań co do jej powrotu do stanu umożliwiającego podjęcie dotychczasowej pracy sprzątaczką. Z tych przyczyn za prawidłowe należało uznać stanowisko zespołu biegłych sądowych i biegłego onkologa M. P. o istnieniu pozytywnych rokowań co do odzyskania przezeń zdolności do pracy w terminie dalszych 6 miesięcy, po wyczerpaniu w dniu 27 listopada 2014 r. przyznanego prawa do 6-miesięcznego okresu świadczenia rehabilitacyjnego.

Na marginesie dotychczasowych rozważań, Sąd wskazuje, że jak to zostało wyjaśnione w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 1974 r., (II CR 817/73; Lex nr 7404), do dowodu z opinii biegłego nie mogą mieć zastosowania wszystkie zasady prowadzenia dowodów, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Jeżeli więc Sąd uzyskał od biegłych wiadomości specjalne niezbędne do merytorycznego i prawidłowego orzekania, to nie ma potrzeby żądania ponowienia lub uzupełnienia tego dowodu (por. wyroki SN z dnia 10 września 1999 r., II UKN 96/99, OSNAPiUS 2000/23/869; z dnia 6 marca 1997 r., II UKN 23/97, OSNAPiUS 1997/23/476; z dnia 21 maja 1997 r., II UKN 131/97, OSNAPiUS 1998/3/100; z dnia 18 września 1997 r., II UKN 260/97, OSNAPiUS 1998/13/408). Specyfika dowodu z opinii biegłego polega m.in. na tym, że jeżeli taki dowód już został przez sąd dopuszczony, to stosownie do treści art. 286 k.p.c. opinii kolejnego biegłego można żądać jedynie "w razie potrzeby". Potrzeba taka nie może być jedynie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwieku konkluzji opinii. W innym wypadku bowiem sąd byłby zobligowany do uwzględniania kolejnych wniosków strony dopóty, dopóki nie złożona zostałaby opinia w pełni ją zadowalająca, co jest niedopuszczalne (tak SA w Katowicach w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r., I ACa 71/14, Lex nr 1466798; por. także: wyroki SN z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 639/99, Lex nr 53135.; z dnia 17 grudnia 1999 r., II UKN 273/99, OSNP 2001/8/284 i z dnia 18 października 2001 r., IV CKN 478/00 Lex nr 52795). Z tych przyczyn Sąd oddalił wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii – uzupełniającej biegłego sądowego onkologa (k. 90).

Stosownie do art. 18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2014 r., poz. 159 ze zm.) świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy. Taka właśnie sytuacja występowała w niniejszej sprawie, stąd Sąd przyznał ubezpieczonej prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres dalszych 6 miesięcy, po wyczerpaniu uprzednio przyznanego świadczenia.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

O kosztach procesu orzeczono w punkcie 2 wyroku z uwzględnieniem wyniku sprawy, którą pozwany przegrał w całości. Zgodnie z treścią art. 98 §1 k.p.c. strona przegrywająca zobowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Na koszty procesu, które poniosła ubezpieczona składa się wynagrodzenie ustanowione w sprawie pełnomocnika, przy czym w przypadku niezłożenia przez niego spisu kosztów przyjmuje się z tego tytułu stawki minimalnego wynagrodzenia za czynności podjęte w danej sprawie (art. 98 § 3 k.p.c.). Wysokość przyznanych kosztów zastępstwa procesowego Sąd ustalił na podstawie § 12 ust. 2 w zw. z § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (j.t.: Dz. U. z 2013 r., poz. 461 ze zm.) i zasądził z tego tytułu na rzecz ubezpieczonej kwotę 180,00 zł. Sprawa została wszczęta jeszcze przed dniem 1 sierpnia 2015 r., a w ocenie Sądu spory nakład pracy adwokata, a także charakter sprawy i wkład pracy adwokata w przyczynienie się do jej wyjaśnienia i rozstrzygnięcia wymagał podwyższenia stawki minimalnej do jej trzykrotności (3 x 60,00 zł). Nie było natomiast z tych przyczyn podstaw, aby stawkę tą podwyższyć, zgodnie z żądaniem ubezpieczonej, do wysokości maksymalnej – tj. sześciokrotności stawki minimalnej.

SSR Marcin Winczewski